


بسمه تعالی

کد مدرک و شماره بازنگری: AE-FR-006/00	درخواست تعیین وقت برای برگزاری جلسه دفاع از رساله دکتری	 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی تهران دانشکده پرستاری و مامایی
---	--	---

مدیر محترم تحصیلات تکمیلی دانشکده:

احتراماً، بر اساس هماهنگی به عمل آمده با اساتید راهنما و مشاور و داوران محترم، تاریخ/ تاریخ های پیشنهادی ذیل جهت بررسی و تعیین تاریخ و ساعت برگزاری جلسه دفاع از رساله تقدیم می گردد.

عنوان رساله:

امضاء کارشناس مسئول تحصیلات تکمیلی

نام و نام خانوادگی و امضاء دانشجو:

نام و نام خانوادگی و امضاء اساتید راهنما و مشاور و داوران مبنی بر تایید زمان پیشنهادی	
استاد راهنما:	استاد داور داخلی:
استاد راهنما:	استاد داور داخلی:
استاد مشاور:	استاد داور خارجی:
استاد مشاور:	استاد داور خارجی:
استاد مشاور آمار:	نماینده ثابت تحصیلات تکمیلی:

تاریخ و ساعت برگزاری:

محل برگزاری:

امضاء مدیر تحصیلات تکمیلی دانشکده